



PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – PHQ-9

Behavioral Health

NOMBRE: _____ FECHA: _____

La Edad del Paciente: _____ Marque uno: Soltera(o) Casada(o) Separada(o) Divorciada(o)

Cuantos años a vivido en la Florida: _____ Marque uno: Africano-Americano Hispano Caucasian Otro

Si usted no nació en la Florida, en cual estado de los Estados Unidos (o País) usted nació? _____

¿Ha sido tratado jamás usted para la depresión (marque uno)? SI NO

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

- | | |
|--|--|
| <p>1. Tener poco interes o placer en hacer las cosas
<input type="checkbox"/>0 Nunca
<input type="checkbox"/>1 Varios días
<input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días
<input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza
<input type="checkbox"/>0 Nunca
<input type="checkbox"/>1 Varios días
<input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días
<input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado
<input type="checkbox"/>0 Nunca
<input type="checkbox"/>1 Varios días
<input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días
<input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>4. Sentirse cansado/a o tener poca energía
<input type="checkbox"/>0 Nunca
<input type="checkbox"/>1 Varios días
<input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días
<input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>5. Temer poco apetito o comer en exceso
<input type="checkbox"/>0 Nunca
<input type="checkbox"/>1 Varios días
<input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días
<input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> | <p>6. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia
<input type="checkbox"/>0 Nunca
<input type="checkbox"/>1 Varios días
<input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días
<input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión
<input type="checkbox"/>0 Nunca
<input type="checkbox"/>1 Varios días
<input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días
<input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado
<input type="checkbox"/>0 Nunca
<input type="checkbox"/>1 Varios días
<input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días
<input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>9. Se le han ocurrido pensamientos de que seria mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera
<input type="checkbox"/>0 Nunca
<input type="checkbox"/>1 Varios días
<input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días
<input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> |
|--|--|

A. Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas? Nada en absoluto Muy difícil
 Algo difícil Extremadamente difícil

B. Usted fue diagnosticada con Diabetes (o Azúcar)? SI NO

C. En los pasado cinco años, usted ha sido un inmigrante o trabaja en labor de temporada? SI NO

D. Referido (SI NO); quien lo referido? _____

Total de Síntomas: _____ Cuenta Total: _____

Firma de proveedor: _____

Fecha: _____